

FEKAL İNKONTİNANSLI HASTALARIMIZIN ETİYOLOJİK DEĞERLENDİRİLMESİ

ETIOLOGIC EVALUATION OF OUR PATIENTS WITH FECAL INCONTINENCE

Ergün YÜCEL
İlker SÜCÜLLÜ
Ali İlker FİLİZ
Yavuz KURT
Sezai DEMİRBAŞ

ÖZET

AMAÇ: Çalışmada, kliniğimize Haziran 2003 – Haziran 2008 tarihleri arasında fekal inkontinans yakınması ile başvuran, Wexner skoru 8 ve üzeri olan hastaların, öykü, klinik bakı ve laboratuvar uygulamalar sonrasında etiyolojik sebeplerini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya 38 erkek ve 20 kadın olmak üzere toplam 58 hasta alındı. Erkeklerin yaş ortalaması 31 (20 - 78 yıl) kadınların yaş ortalaması ise 54 (30 - 83 yıl) idi. Hastalar Wexner kontinans derecelendirme skalasına göre değerlendirildi. Değerlendirme sonuçlarında çalışmaya alınan hastalara anal manometri ve diğer tanısal testler yapıldı.

BULGULAR: Wexner kontinans derecelendirme skalasına göre erkek hastalarda skor, ortalama 12,4 (8 - 16), kadın hastalarda 11,3 (8 - 20) olarak saptandı. Anal manometri ölçümlerinde erkek hastalarda anal kanal istirahat basıncı ortalama 30,4 (17 - 45), sıkma basıncı 62,8 (24 - 125) mmHg, kadın hastalarda ise anal kanal istirahat basıncı ortalama 28,4 (10 - 39), sıkma basıncı 58,5 (30-105) mmHg olarak ölçüldü.

SONUÇ: Kadınlarda inkontinans nedeninin en sık doğum travması, erkeklerde ise geçirilmiş cerrahi girişimler olduğunu saptadık. Çalışmamızda kadınlarda fekal inkontinans literatüre kıyasla daha az oranda görülmüştür. Bunun kadınların inkontinans yakınmalarını açıklama gücülüğü ve hastanemize başvuran hastaların çoğunluğunun erkek askeri personel olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Anahtar Sözcükler: Anal Manometri, İnkontinans, Sfinkter yetmezliđi

SUMMARY

AIM: We aimed to determine etiologic reasons of fecal incontinence in patients applying to our service between June 2003 and June 2008, with fecal incontinence symptoms and having a Wexner score of 8 or more, by history, physical examination and laboratory studies.

MATERIAL AND METHOD: Fifty-eight patient (38 men and 20 female) were included in the study. The median age was 31 (20-78 years) for men and 54 (30-83 years) for women. Patients were evaluated according to Wexner Continence Grading Scale. Anal manometry and other diagnostic tests were performed to the patients, whom included the study after evaluation.

FINDINGS: According to the Wexner Continence Grading Scale, the median score was determined as 12,4 (8-16) for men, and 11,3 (17-45) for women. In anal manometry studies, median anal canal resting pressure was determined as 30,4 (17-45)

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Üsküdar, İSTANBUL
(Doç. Dr. Y. Kurt, Yrd. Doç. Dr. İ. Sücüllü, Yrd. Doç. Dr. A. İ. Filiz, Op. Dr. E. Yücel)
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Etlik, ANKARA
(Doç. Dr. S. Demirbaş)
Yazışma: Op. Dr. E. Yücel

mmHg and median squeezing pressure as 62,8 (24-125) mmHg for men, while it was 28,4 (10-39) mmHg and 58,5 (30-105) mmHg, respectively for women.

CONCLUSION: We determined that the most common cause of incontinence was obstetrical trauma in women and previous surgical procedures in men. In our study, the rate of fecal incontinence in women was lower than the literature. One of the reason might be the difficulties to declare their incontinence symptoms and the other might be the majority of patients, who admitted to our hospital, were military male personnel.

Keywords: Anal Manometry, Fecal incontinence, Sfincter insufficiency

GİRİŞ

Fekal inkontinans (Fİ), defekasyon gereksiniminin sosyal olarak kabul edilebilir bir süre için geciktirilememesi veya yeterince kontrol altında yapılamaması olarak tanımlanır. Fekal inkontinans, her iki cinsde farklı etiyolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan, tıbbi yönden tam ve tedavisinde yüksek maliyetleri olan sosyoekonomik bir sorundur.

Bu problemin gerçek insidansı bilinmemekle beraber, erişkin popülasyonunda son yıllarda yapılan çalışmalarda % 2 - 7'lik bir prevalans görülmektedir. Kontinans çok etkenli ve karmaşık bir olaydır. Anatamik, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Bunlar arasında; mental fonksiyon, gayta volümü ve içeriği, gaytanın kolondan geçiş hızı, anal sfinkterlerin ve pelvik tabanın fonksiyonu, anorektal duyu ve fonksiyonlar bulunmaktadır. Bu faktörlerden bir ya da daha fazlasının bozukluğu inkontinansa neden olabilir. Fekal inkontinans tedavisi yönetimi hastalığın etiyolojisinin, işlev ve anatomisinin belirlen-

mesinden sonra uygulanacak cerrahi veya cerrahi dışı seçenekleri değerlendirme şeklinde olmalıdır (1-3).

Çalışmamızda, kliniğimize Haziran 2003 – Haziran 2008 tarihleri arasında Fİ ile müracaat eden, Wexner skoru 8 ve üzeri olan hastaların, öykü, klinik bakı ve laboratuvar uygulamaları (anal manometri, transrektal ultrasonografi, pelvik manyetik rezonans, pudendal sinir ileti zamanı) sonrasında etiyolojik nedenlerini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Haziran 2003 – Haziran 2008 tarihleri arasında Fİ şikayeti ile kliniğimize başvuran, Wexner kontinans derecelendirme skoru (Tablo 1) 8 ve üzeri olan 58 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri kaydedilerek, tıbbi ve cerrahi öyküleri, eşlik eden hastalıkları sorgulandı. Tüm hastaların, 8 lümenli su perfüzyon kateteri (Mui Scientific, Mississauga, Ontario, Canada PIP-4-8) Albyn Medical Phoenix V1.8.9 programı ile 6 kanaldan ölçümler

Tablo 1. Wexner kontinans derecelendirme skalası

İnkontinans Tipi	Sıklık				
	Hiçbir Zaman	< Ayda 1	< Haftada 1 - ≥ Ayda 1	< Günde 1 - ≥ Haftada 1	≥ Günde 1
Katı	0	1	2	3	4
Sıvı	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Bez ihtiyacı	0	1	2	3	4
Yaşam tarzı değişimi	0	1	2	3	4

Tablo 2. Wexner skoru ve Anal manometri sonuçları

Cinsiyet	Wexner Skoru*	Anal kanal İstirahat Basıncı**	Anal kanal Sıkma Basıncı***
Kadın	11,3 (8-20)	28,4 mmHg (10 - 39)	58,5 mmHg (30 - 105)
Erkek	12,4 (8-16)	30,4 mmHg (17 - 45)	62,8 mmHg (24 - 125)

* Wexner skoru 0 - 20 arası puan arttıkça inkontinans şiddeti artmakta

** Anal kanal istirahat basıncı 40 - 70 mmHg (normal değer aralığı)

*** Anal kanal sıkma basıncı 70 - 110 mmHg (normal değer aralığı)

yapılarak anal kanal istirahat ve sıkma basınçları belirlendi. Fizik bakıları ve gerektiğinde yardımcı tanı yöntemleri (transrektal ultrasonografi (TRUS), pelvik manyetik rezonans (MR), pudendal sinir ileti zamanı) tamamlanarak fekal inkontinansa sebep olan patoloji tanımlandı.

BULGULAR

Çalışmaya 38 erkek ve 20 kadın olmak üzere toplam 58 hasta alındı. Erkeklerin yaş ortalaması 31 (20 - 78 yıl) kadınların yaş ortalaması ise 54 (30 - 83 yıl) olarak bulundu. Wexner kontinans derecelendirme skalasına göre erkek hastalarda skor, ortalama 12,4 (8 - 16), kadın hastalarda 11,3 (8 - 20) olarak saptandı. Anal manometri ölçümlerinde erkek hastalarda anal kanal istirahat basıncı ortalama 30,4 (17 - 45), sıkma basıncı 62,8 (24 - 125) mmHg, kadın hastalarda anal kanal istirahat basıncı ortalama 28,4 (10 - 39), sıkma basıncı 58,5 (30 - 105) mmHg olarak ölçüldü. Wexner kontinans skoru ve anal manometri sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir. Yardımcı tanısal testlerinde yapılmasıyla etiyojik sebeplerin ortaya konduğu çalışmamızda kadınlarda inkontinans nedeninin en sık doğum travması, erkeklerde ise uygulanan cerrahi girişimler olduğu saptanmış olup diğer nedenler Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Fekal inkontinans nedenleri

Tanı	Erkek	Kadın
Cerrahi nedenler		
Fistülotomi	8	2
İmperfore Anüs	3	-
Hemoroidektomi	2	-
İleoanal Anastomoz	2	2
Lateral internal sfinkterotomi	1	1
Delorme ameliyatı	1	-
Obstetrik Travma	-	11
Rektal Prolapsus	14	2
Cerrahi dışı nedenler		
Diabetes Mellitus	3	-
Multipl Skleroz	2	-
Senil	2	2

TARTIŞMA

Fekal inkontinans (Fİ), yaşam kalitesini düşüren, kişinin sosyal ortamdan uzaklaşmasına yol açan, özellikle ileri yaşlarda artan sıklığı ve eşlik eden hastalıklarla topluma maliyeti oldukça yüksek olan bir

hastalıktır. Etiyolojiyi belirlemeye yönelik etkili tek bir tanısal testin olmaması, konservatif ve cerrahi tedavi seçeneklerinin çeşitliliği nedeni ile Fİ'li bir hastada uygun tedavi yolunu belirlemek ve beklenen sonuçlar hakkında hastayı bilgilendirmek en önemli basamaktır. Fekal inkontinans tedavisi, etiyojik neden göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.

Yaşlılar, kadınlar, nörolojik hastalığı olanlar ve pelvik organ prolapsusu olanlar artmış risk altındadır. Yaşla birlikte Fİ sıklığı artmakta ve özellikle bakım evlerinde bu oran %50-60'lara ulaşmaktadır (1 - 3). Kas atrofisi yaşlanmanın iyi bilinen bir özelliğidir. Yaşlanmayla birlikte internal anal sfinkter sklerozu geliştiği (4), eksternal anal sfinkter ve pelvik taban kaslarında atrofik değişiklikler olduğu, bunların sonucunda anal kanal basınçları ve rektal dirençte azalma olduğu gösterilmiştir (5, 6). Bu sonuçlar, çeşitli etiyojik nedenlere bağlı asemptomatik sfinkter ve pelvik taban hasarlanmalarının yıllar içinde inkontinans ile sonuçlanmalarını açıklayabilir. Pelvik organ prolapsusu olan 3963 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada inkontinans prevalansı %6.96 bulunmuştur (7). Fekal inkontinans, daha çok yaşlılar ve kadınlar için büyük bir sorun olarak görünse de, genç yaş grubundakilerin ve erkeklerin de etkilendiği bilinmektedir. Ferrara ve ark. (8) 125 olguluk çalışmalarında, kadınlar ve erkekler için yaş ortalamalarını sırasıyla 61 ve 64 olarak bulmuşlar ve kadın-erkek oranını 3/2 olarak saptamışlardır. Yaş ortalamalarını, Rongen ve ark. (9) 48, Penninckx ve ark. (10) 43, Lehur ve ark. (11) 40 olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda kadın-erkek oranı yaklaşık 1/2 idi. Bu sonucun hastanemize başvuran hastaların çoğunluğunun askeri personel olması ve özellikle kadınlığımızın toplumumuzun sosyokültürel düzeyi nedeniyle inkontinans semptomlarının bildirme güçlüğünden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Cinsiyetler arasındaki yaş ortalamaları farkının da yine genç yetişkin erkek hastalarımızın fazlalığına bağlı olduğunu düşünüyoruz.

Fekal inkontinans şikayeti ile herhangi bir cerrahi merkeze başvuran hastaların büyük çoğunluğunda anorektal cerrahi geçirdikleri anlaşılmaktadır. Anal fistül cerrahisi operatif girişimler içinde en sık görülen anal inkontinans nedenidir. Aşağı yerleşimli anal fistüllerin basit bölünmesinde bile %34 oranında inkontinans geliştiği bildirilmiştir (12). Farid ve ark. (13) bir çalışmalarında hastaların hepsinde geçirilmiş anorektal cerrahi öyküsü bildirmişler, benzer şekilde;

Ortiz ve ark. (14) hastaların % 81,2'sinde, Rongen ve ark. (9) ise %65 oranında geçirilmiş anorektal cerrahi öyküsü saptamışlardır. Ferrara ve ark. (8) anal inkontinanslı hastaların klinik, manometrik ve EMG bulgularını karşılaştırdıkları 125 olguluk serilerinde, 53 erkek hastada ana etiyolojik nedeni operatif travma, 72 kadında ise doğum travması olarak bildirmişlerdir. Çalışmamızda da erkek hastaların 17'sinde (%44,7), kadın hastaların ise beşinde (%25) daha önce geçirilmiş anorektal cerrahi öyküsü mevcuttu. Cerrahi uygulanan 22 hastanın, 10'u (%45,5) fistül nedeniyle, 8'i (%36,4) anorektal ve perineal rekonstrüktif girişimler nedeniyle, 4'ü (%18,1) lateral internal sfinkterotomi ve hemoroidektomi nedeniyle ameliyat edilmişlerdi.

Vajinal doğuma bağlı sfinktere doğrudan travma, pelvik taban ve pudental sinirdeki gerilmeye bağlı yaralanmaların kadınlardaki anal inkontinansın ana etiyolojik nedeni olduğu bilinmektedir. İlk doğumda anal sfinkterlerin hasarlanması yıllar içinde anal inkontinansa yatkınlık yaratmaktadır (15). Hall ve ark. (16) vajinal doğum sonrası anal inkontinans prevalansını değerlendirdikleri çalışmalarında %38 olguda anal inkontinans semptomlarının varlığını saptamışlardır. Pinta ve ark. (17) ise transrektal US ile saptanabilir sfinkter defekti insidansını, vajinal doğum sonrasında %23, müdahaleli doğumlar sonrasında %45 olarak saptamışlardır. Vajinal doğumlar sırasında sfinkter kompleksinin rüptürü ile sonuçlanan 3. ve 4. derece perine yırtıklarının görülme olasılığı %0,6 - 9 arasında değişir. Klinik olarak görünür sfinkter defekti insidansını araştıran geniş kapsamlı bir çalışmada, Norderval ve ark. (18) 5123 vajinal doğumda bu oranı %3,5 olarak bulmuşlar, bu hastalarda daha sonra anal inkontinans gelişme riskini %58 olarak saptamışlardır. Literatürdeki çalışmalara uygun olarak çalışmamızdaki inkontinanslı kadın olguların 11'inde (%55) anal sfinkterde önceki vajinal doğumla ilişkili kabul edilen anatomik sfinkter defekti saptandı.

Rektal prolapsus ve konjenital anomaliler literatürde az rastlanan inkontinans nedenlerindedir. Rektal prolapsusa olguların %50'sinden fazlasında inkontinans semptomları eşlik eder. Kronik ıkınma ve gerilimin pelvik taban disfonksiyonuna neden olarak anal inkontinansa yol açtığı şeklinde yorumlanmıştır. Rektal prolapsus ile beraber anal inkontinans sık görülen bir şikayettir (7). İnkontinans, uzun süredir devam eden prolapsusun kronik ıkınma ve hacim etkisiyle sfinkter kaslarını zorlamasına, pudental sinirde ise kronik

gerilme ve sıkışma nedeni ile oluşan demiyelinizasyon sonucu oluştuğu bildirilmiştir (19). Çalışmamızda rektal prolapsus tüm hastalar dikkate alındığında etiyolojide ikinci sırada yer almaktadır.

İmperfore anüs, aganglionik megakolon, spina bifida, meningomyelosele gibi konjenital anomalilere bağlı operasyon öyküsü olan hastalarda, anal rekonstrüksiyona adaptasyon yetersizliği ve anorektal duyum bozuklukları nedeni ile inkontinansın sık görüldüğü bilinmektedir (5).

Diabetes mellitus, somatik ve otonomik denervasyona yol açarak, iç ve dış anal sfinkter ile pelvik taban kaslarında fonksiyon bozukluğuna neden olabilir. Azalmış rektal duyumun da katkısı ile inkontinans için etiyolojik bir neden olarak değerlendirilmektedir (5, 20).

Sonuç olarak kadınlarda Fİ'nin ana etiyolojik nedenini doğum travması, erkeklerde ise uygulanan cerrahi girişimler olarak saptadık. Fekal inkontinans kadınlarda, aynı yaş grubundaki erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Çalışmamızda kadınlarda daha az görülmesi sosyokültürel yapı nedeniyle kadınların inkontinans semptomlarını ifade etme güçlüğü ve hastanemize başvuran hastaların çoğunlukla asker olması ile açıklanabilir. Anal manometri, gerek fekal inkontinansın saptanmasında gerekse uygulanan tedavilerin etkinliğinin işlevsel yönden değerlendirilmesinde gerekli bir tanı aracıdır.

KAYNAKLAR

1. Nelson RL. Epidemiology of fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004;126 (1 Suppl 1): S3-7.
2. Thomas TM, Egar M, Walgrove A, Mende TW. The prevalence of fecal double incontinence. *Community Med*. 1984; 6 (3): 216-20.
3. Bellicini N, Molloy PJ, Caushaj P, Kozlowski P. Fecal incontinence: a review. *Dig Dis Sci*. 2008; 53 (1): 41-6.
4. Klosterhalfen B, Offner F, Topf N, Vogel P, Mittermayer C. Sclerosis of the internal anal sphincter-a process of aging. *Dis Colon Rectum*. 1990; 33 (7): 606-9.
5. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36(1):77-97.
6. Laurberg S, Swash M. Effects of aging on the anorectal sphincters and their innervation. *Dis Colon Rectum*. 1989; 32 (9): 737-42.
7. Okonkwo JE, Obionus CN, Okonkwo CV, Obicchina NJ. Anal incontinence among Igbo (Nigerian) women. *Int J Clin Proct*. 2002; 56 (3): 178-80.
8. Ferrara A, Luzan JH, Cebrian J, Larach SW, Williamson PR, Arroyo M. Clinical manometric and EMG characteristics of patients with fecal incontinence. *Tech Coloproctol*. 2001; 5 (1): 13-8.

9. Rongen MJ, Uludag O, Naggar KE, Geerdes BP. Long-term follow-up of dynamic graciloplasty for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2003; 46 (6): 716-21.
10. Penninckx F; Belgian Section of Colorectal Surgery. Belgian experience with dynamic graciloplasty for faecal incontinence. *Br J Surg*. 2004; 91 (7): 872-8.
11. Lehur PA, Glmeain P, Bruley des Varannes S, Buzelin JM, Leborgne J. Outcome of patients with an implanted artificial sphincter for severe faecal incontinence. A single institution report. *Int J Colorect Dis*. 1998; 13 (2): 88-92.
12. Shouler PJ, Grimley RP, Keighley MR, Alexander-Williams J. Fistula-in-ano is usually simple to manage surgically. *Int J Colorectal Dis*. 1986; 1 (2): 113-15.
13. Farid M, Farag A. The use of unilateral gluteus maximus muscle for the management of fecal incontinence following anorectal surgery. *Tech Coloproctol*. 2000; 4 (1): 7-12.
14. Ortiz H, Armendariz P, DeMiguel M, Solana A, Alos R, Roig JV. Prospective study of artificial anal sphincter and dynamic graciloplasty for severe anal incontinence. *Int J Colorectal Dis*. 2003; 18 (4): 349-54.
15. Mahony R, Behan M, O'Connell PR, O'Herlihy C. Effect of second vaginal delivery on anal function in patients at risk of occult anal sphincter injury after first forceps delivery. *Dis Colon Rectum*. 2008; 51 (9): 1361-6.
16. Hall W, McCracken K, Osterweil P, Guise JM. Frequency and predictors for postpartum fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188 (5): 1205-7.
17. Pinta TM, Kylänpää M-L, Tremo KA, Luukkonen PS. Sphincter rupture and anal incontinence after first vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83 (10): 917-22.
18. Norderval S, Nsubuga D, Bjelke J, Frasunek J, Myklebust I, Vonon B. Anal incontinence after obstetric sphincter tears: incidence in a Norwegian country. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004; 83 (10): 989-94.
19. Parks AG, Swash M, Urich H. Sphincter denervation in anorectal incontinence and rectal prolapse. *Gut*. 1977; 18 (8): 656-65.
20. Terzi C. Anal inkontinans. Alemdarođlu K, Akçalı T, Buđra D. *Kolon, Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. 2. Baskı, İstanbul: Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneđi. 2004; 291-306.

İLETİŐİM

Dr. Ergün YÜCEL
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi
34668 Üsküdar- İSTANBUL
Tel: 0 216 542 20 20 / 4018
Cep: 0 505 806 51 31
E – Posta: drergunyucel@yahoo.com.tr

Başvuru : 13.6.08
Kabul : 3.12.08